

第29回西日本地区自転車競技大会

宿泊・弁当 お申込要項

1. 取扱い旅行形態

標記大会の宿泊・弁当幹旋業務を、株式会社TEAM”募集型企画旅行”として取扱います。

2. 大会料金設定期間

令和8年4月17日(金)~4月19日(日) 左記期間のご宿泊・お弁当(弁当は4/18・19)については『宿泊・弁当申込書』にて幹旋致します。

3. 宿舎と宿泊料金 ※大会設定料金

宿泊代金(諸税込)		利用予定宿舎	部屋	別府競輪場 アクセス(車)
1泊2食付	1泊朝食付			
9,000円	8,000円	グッドイン別府	洋室	13~15分
		HOTEL AZ 別府駅前店	洋室	13~15分
		HOTEL AZ 大分 ^{ヒジ} 日出店	洋室	15~18分

※例年よりお申込多数の場合は、記載外の宿舎を利用する場合がございます。

※素泊り設定はございません。

※昨今の物価上昇による宿泊代の高騰につき、別府市内温泉旅館の設定はございません。

大変恐縮ではございますが、ご理解頂けますと幸甚でございます。

4. お弁当

日替り弁当:800円(お茶付/税込)

◆お弁当は競技会場周辺にデスクを設けお渡しします(11:00から)

◆お食事後のお弁当の空箱を指定場所にて回収致します(15:00まで)

5. お申込方法

別紙「宿泊・弁当申込書」に必要事項をご記入(入力)の上、FAX又はメールにて(株)TEAMまで直接送信下さい。

6. 宿舎決定通知・お支払い方法

全出場チームからの宿泊申込書が揃い次第配宿を開始し、4月8日(水)頃を目途に宿舎決定通知書及び請求書を、責任者様宛にFAX送信致します(期日が宿泊日に近い為、郵送は致しません)。宿泊・弁当代は、指定の口座へ期日(大会終了後)までにお振込下さい。

7. お申込後の変更・取消

★宿泊及び弁当の取消、変更は、(株)TEAMまでご連絡下さい。

■宿泊取消料

取消日	取消料
宿泊日8日前まで	無料
宿泊日7日前~2日前	宿泊代の30%
宿泊日前日	宿泊代の50%
宿泊日当日及び無連絡	全額

■弁当取消料

取消日	取消料
受取前日17時まで	無料
受取前日17時以降	全額

※全員や大幅な取消が発生した場合は、上表規定を適用せず各宿舎規定の取消料を申し受ける場合がございます。

※取消日の取扱いにつきましては、弊社営業時間外(18時以降)は翌営業日扱いとなります。

お問い合わせ・お申込先

株式会社TEAM 本社配宿管理センター
(熊本県知事登録旅行業第2-216号)
〒862-0954 熊本市中央区神水1-38-11 OZビル4階
TEL:096-237-6763 FAX:096-237-6764
Mail:yoyaku@k-team.jp
営業時間:平日 9:30~18:00(土日祝休み)

申込締切日

令和8年4月3日(金)

第29回西日本地区自転車競技大会 【 宿泊・弁当 申込書 】

申込締切日 令和8年4月3日(金)			申込日	/ ()	変更日	/ ()
校名・チーム名	連絡先	TEL	-		-	
フリガナ		FAX	-		-	
責任者氏名		携帯	-		-	
書類送付先	〒					メールアドレス ※任意 ()

No	名前 ※カタカナでご記入下さい。	性別	参加区分 監督, コーチ, メカニック, トレーナー, 引率, 選手(高校生), 選手(中学生), 選手 (一般), 応援(大人), 応援(小人), ドライ バー, その他	該当欄に○印を付けて下さい						備考 (食物アレルギーなど特記事項)			
				4/17(金)			4/18(土)						
				大会前日			大会初日						
				夕食	宿泊	翌朝食	夕食	宿泊	翌朝食				
(例)	オオイタ イチロウ	男	監督		○	○		○	○				
	オオイタ ハナコ	女	選手(高校生)	○	○	○				卵、甲殻類アレルギー			
1													
2													
3													
4													
5													
6													
7													
8													
9													
10													
11													
12													
13													
14													
15													
16													
17													
18													
19													
20													
備考			総 計		名	名	名	名	名	名	初泊チェックイン予定時間 :		
			お弁当注文数 ※宿泊申込日と弁当申込日の日程枠が 異なっていますのでご注意ください。		4/18(土) (大会初日)			4/19(日) (大会2日目)			夕食希望時間 :		
					個			個			朝食希望時間 :		
ホテルへの利用交通機関 (○印)			ホテル駐車場 利用台数		普通車	ワゴン	マイクロバス	小型バス	中型バス	大型バス			
公共交通・自家用車・業者バス・学校バス					台	台	台	台	台	台	台		

■不足する場合はコピーしてご使用下さい。 ■記載された個人情報は当該業務以外では使用致しません。

FAX送信先: 096-237-6764 メール送信先: yoyaku@k-team.jp 株式会社TEAM 宛

第29回西日本地区自転車競技大会

《 食物アレルギー調査票 》

アレルギー者が2名以上の場合は本紙(シート)をコピーして下さい

※ご本人または保護者(ご家族)様が必ずご記入ください

事前調査のご協力をお願い致します。ご記入頂きました内容をもとに宿舍及び弁当業者へ連絡致します。
尚、調査内容により宿舍を決定するものではありません。アレルギーの内容や程度により、ご対応いたしかねる場合もございます。

団体名			
記入者氏名	携帯		
	FAX		
対象者氏名 (カタカナ)	※①		
	※併当注文(対象者分)		

注意事項
本調査はアレルギーに関するものであり、食材の好き嫌い(好み)等のご対応はいたしかねます。予めご承知おき下さいませようお願い申し上げます。
本調査票は個人情報の取り扱いに留意の上責任を持って保管・処分致します。

※① - 申込書記載の併当注文個数にアレルギー対象者分が含まれている場合は「有」、注文をしない場合は「無」をご記入ください。

※貴団体にアレルギー該当が無い場合は、本書面をご提出して頂く必要はございません。

① 該当の原因食物・各該当項目に✓を付けて下さい。(一部種類をご記入ください) ※✓が無い項目は喫食可
※ご家庭での対応や既記されていない除去食品や注意点等ありましたら“その他”にご記入下さい。

原因食物	当てはまるもの全てにチェックして下さい。(チェック項目に色が付きます)			
卵	<input type="checkbox"/> 生卵不可	<input type="checkbox"/> 加熱しても不可	<input type="checkbox"/> フライや練り物等のつなぎ不可	<input type="checkbox"/> マヨネーズ不可
その他/備考				
乳	<input type="checkbox"/> 牛乳不可	<input type="checkbox"/> 乳製品不可(製品名: _____)	<input type="checkbox"/> フライや練り物等のつなぎ不可	
その他/備考				
エビ <input type="checkbox"/> カニ	<input type="checkbox"/> 生食不可	<input type="checkbox"/> 加熱しても不可	<input type="checkbox"/> エキス・だし不可	<input type="checkbox"/> 該当食物を揚げた油の使用
その他/備考				
蕎麦	<input type="checkbox"/> 完全除去	<input type="checkbox"/> 蕎麦ガラ枕不可	<input type="checkbox"/> 茹で汁	
その他/備考				
小麦	<input type="checkbox"/> 小麦製品完全除去	<input type="checkbox"/> フライや練り物等のつなぎ不可	<input type="checkbox"/> 醤油不可	
その他/備考				
ナッツ類	ナッツの種類(_____)		<input type="checkbox"/> そのものが不可	<input type="checkbox"/> エキス・ナッツ系オイル不可
その他/備考				
タコ <input type="checkbox"/> イカ	<input type="checkbox"/> そのものが不可	<input type="checkbox"/> エキス・だし不可	<input type="checkbox"/> 加熱しても不可	
その他/備考				
貝 <input type="checkbox"/> 魚類	<input type="checkbox"/> 貝全般不可	<input type="checkbox"/> 魚全般不可	<input type="checkbox"/> エキス・だし不可	<input type="checkbox"/> 加熱しても不可
その他/備考	特定の種類(_____)			
ごま <input type="checkbox"/> 果物	<input type="checkbox"/> そのものが不可 種類(_____)			
その他/備考				
<input type="checkbox"/> 上記項目以外	原因食物:	除去食品や程度:		
	対応方法:			

② アレルギーの症状等、知らせておきたいことがありましたらご記入下さい。

--

③ 食物アレルギーの症状が出た際の治療薬はお持ちですか？

<input type="checkbox"/> はい → (_____)	<input type="checkbox"/> いいえ
※「はい」とお答えになった方は下記ご確認下さい。	
・()内にお薬のご記入、もしくはプルダウンから選択ください。	
・薬剤使用及び病院受診のタイミング・緊急時対応等について主治医から指示を受けておいて下さい。	